

Reformas al *financiamiento del* sistema de salud en Chile

Daniel Titelman

*Experto en Política Monetaria
División de Comercio
Internacional, Transporte y
Financiamiento, CEPAL*

Las reformas efectuadas a principios de los años ochenta cambiaron profundamente la estructura y funcionamiento del sector salud en Chile, tanto en el subsector privado como en el subsector público. A pesar de los importantes avances logrados a partir de 1990, la configuración público-privada resultante de las reformas no ha permitido superar las deficiencias en la asignación de recursos ni en las posibilidades de acceso de la población a los servicios de salud. Una propuesta de reforma para el sector debe encaminarse a desarrollar mecanismos que eleven la eficiencia y eficacia de los recursos que le son asignados, junto con incorporar y mejorar mecanismos de solidaridad que ayuden a enfrentar y superar los problemas de acceso a servicios de salud que afligen a una parte importante de la población. Este doble desafío no es trivial, pues es preciso hacer frente a crecientes demandas en contextos de escasez de recursos. El artículo describe el modelo de financiamiento chileno y plantea la necesidad de redefinir la actual configuración público-privada en el sector salud, para permitir más solidaridad en el financiamiento, reducir el problema de la selección de riesgos y permitir una mejor articulación entre el subsector privado y el subsector público, tanto en la esfera de lo financiero como en el ámbito de la provisión de servicios de salud.

I

Organización del sector salud

Las reformas iniciadas a comienzos de los años ochenta cambiaron la estructura y funcionamiento del sector de la salud en Chile. En particular, la creación en 1981 de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) permitió que el sector privado comenzara a desempeñar un papel más activo en su financiamiento.

Las principales reformas fueron: i) la creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), institución financiera destinada a recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud; ii) la creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres); iii) la descentralización del sistema nacional de Servicios de

Salud (SNSS) a través de 27 servicios de salud a lo largo del territorio nacional, cada uno de los cuales brinda prestaciones de salud mediante redes asistenciales constituidas por hospitales de distinta complejidad, consultorios urbanos y rurales, postas y estaciones médicas rurales, y iv) la descentralización de la atención primaria.

Tales reformas han hecho que en la actualidad el sistema de salud chileno presente una estructura dual, según la cual los subsectores público y privado desempeñan funciones en materia de financiamiento (seguros) y producción de servicios de salud.¹

II

Características del modelo chileno

Las principales fuentes de financiamiento son i) las cotizaciones obligatorias para salud de todos los trabajadores dependientes y pensionados, equivalentes a un 7% del ingreso imponible; ii) los recursos financieros provenientes del presupuesto nacional, que se canalizan principalmente a través del Fonasa. Además, si bien no hay datos estadísticos sistemáticos del copago directo que hacen los usuarios cuando utilizan los servicios privados, el pago de bolsillo a proveedores privados y públicos se ha transformado en una fuente de recursos no despreciable.

Una de las características más destacadas del sistema chileno radica en que las cotizaciones de salud pueden dirigirse hacia uno u otro de los dos sistemas de seguros de salud que funcionan de manera paralela y con lógicas muy distintas. Esto es, los cotizantes pueden escoger entre el seguro público de salud (Fonasa) o los seguros privados de salud ofrecidos por las Isapres. Si el pago de la cotización obligatoria se destina al Fonasa, el cotizante y sus dependientes quedan adscritos al sistema público de salud. Si se opta por canalizar el pago hacia el sistema de Isapres, el

cotizante pasa a formar parte del sistema privado de salud.

El Fonasa cumple una doble función. Por una parte, actúa como caja que recolecta, administra y asigna los recursos públicos, y por otra, como un seguro público que representa a los cotizantes y sus dependientes. En su papel de seguro funciona como un seguro social tradicional, ya que no vincula los beneficios obtenidos a las contribuciones realizadas. Cada beneficiario tiene, en principio, acceso al mismo paquete de beneficios, cualquiera sea el nivel de su contribución. En este sentido, el Fonasa incorpora mecanismos financieros de redistribución de ingresos desde las personas de mayores ingresos hacia las de menores ingresos. Junto con la redistribución de ingresos, también opera la solidaridad típica de un sistema de seguros de salud que va desde los sanos hacia los enfermos.

□ El autor agradece los comentarios del Dr. Jorge Jiménez de la Jara, de Andras Uthoff B. y de Oscar Altimir.

¹ La regulación del sistema de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud, para lo cual cuenta con el Código Sanitario que rige todas las materias relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de la población. Además, en 1990 se creó la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, organismo público descentralizado encargado de la supervigilancia y control de las Isapres.

Son beneficiarios del sistema público, y por ende se hallan bajo la responsabilidad financiera del Fonasa, las personas clasificadas como indigentes que no tienen capacidad de contribución, y los afiliados cotizantes y sus dependientes (cargas). Los beneficiarios indigentes reciben atención gratuita en los consultorios de atención primaria de las municipalidades y, en casos de mayor complejidad, en los establecimientos hospitalarios del sistema público (modalidad institucional). Los cotizantes y sus dependientes pueden atenderse en el sistema público de salud (modalidad institucional) o recibir atención médica con proveedores privados mediante la modalidad de libre elección del Fonasa, para lo cual se debe efectuar un copago por los servicios recibidos.²

La red de prestadores de la modalidad institucional está constituida por los servicios de salud pertenecientes al SNSS, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, y los consultorios de atención primaria bajo la responsabilidad de los municipios. Actualmente alrededor de 75% de las camas hospitalarias con que cuenta el país pertenecen al SNSS. En la modalidad de libre elección los beneficiarios pueden acudir a proveedores privados debidamente inscritos en el Fonasa.

En lo que respecta al sistema privado, las Isapres actúan como agencias aseguradoras que ofrecen seguros de salud mediante un contrato que define los grados de cobertura y tipos de beneficios para el afiliado individual o para el afiliado y su grupo familiar (cónyuge, hijos u otros dependientes). Estos contratos tienen la lógica de un seguro individual: los beneficios ofrecidos varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado.³ Esto es, dos personas con igual nivel de cotización pero pertenecientes a diferentes cohortes (lo que implica distintos riesgos médicos) ad-

quieran distintas coberturas y beneficios. Los planes contratados tienen vigencia de un año, después del cual las Isapres tienen la facultad de cambiar las condiciones de cobertura y costo del plan.⁴ En general, a igual riesgo médico, los montos reembolsables y los límites máximos de cobertura aumentan con el valor de las primas.

Se calcula que actualmente existen más de 8 000 planes de salud disponibles en el mercado (Celedón y Oyarzo, 1998). Esto sucede porque las cotizaciones están predeterminadas por las Isapres, de modo que éstas ajustan los planes que ofrecen en función de las cotizaciones y los riesgos médicos de los asegurados.⁵ Como se verá más adelante, esta multiplicidad de planes obviamente tiene importantes efectos sobre la capacidad de los usuarios para elegir planes de salud adecuados y, por ende, reduce la eficiencia en la asignación de los recursos.

Los planes ofrecidos por las Isapres deben incorporar todas las prestaciones de salud ofrecidas por el Fonasa. Lo que diferencia un contrato de seguro de otro es el grado de cobertura financiera de las atenciones (el copago que debe hacer el asegurado), así como la incorporación de prestaciones suplementarias a las ofrecidas por el Fonasa. Los niveles de cobertura financiera se determinan en función de aranceles fijados por las Isapres, los que no siempre reflejan el valor de mercado de las prestaciones. Si se agranda la diferencia de precios entre los fijados por las agencias aseguradoras y los cobrados por los prestadores, aumenta la carga financiera sobre el usuario, debido a aumentos del copago.

La red de prestadores del sistema Isapres está compuesta principalmente por proveedores privados independientes o adscritos a las Isapres. En general, no existe un sistema integrado de financiamiento y proveedores —por el estilo de la Health Maintenance Organizations (HMO) estadounidenses— sino que las Isapres, previo descuento de los topes de cobertura, tienden a reembolsar en función del pago por servicios.

² Los cotizantes de mayores ingresos que reciban servicios en establecimientos pertenecientes al Servicio Nacional de Salud (modalidad institucional) deben realizar un copago. Los beneficiarios clasificados en el grupo A (indigentes), al igual que los clasificados en el grupo B (con ingresos menores o iguales al salario mínimo) reciben atención gratuita en la modalidad institucional. Los que pertenecen al grupo C (con ingresos que superan el salario mínimo en no más de 40%) realizan un copago de 10%, y finalmente los que pertenecen al grupo D (de mayores ingresos) están sujetos a un copago equivalente al 20%.

³ En rigor existen dos tipos de Isapres: abiertas y cerradas. Las abiertas funcionan como compañías de seguros donde el seguro ofrecido es función del monto de la contribución y el riesgo individual del asegurado. Las cerradas tienden a pactar contratos con grupos definidos de persona, en general sindicatos y trabajadores de una misma empresa, lo que implica que el riesgo médico implícito en el plan ofrecido es colectivo en función del riesgo del grupo que se inscribe.

⁴ En caso de discrepancia, la Superintendencia de Isapres tiene la facultad de actuar como árbitro arbitrador de las diferencias entre las Isapres y sus afiliados. Por supuesto, la capacidad de la Superintendencia está restringida por las atribuciones que le otorga la ley.

⁵ Este fenómeno obedece a que la contribución obligatoria del 7% determina los precios de las pólizas de manera exógena al mercado de seguros y las agencias deben configurar los seguros ofrecidos en función de un precio dado y distintas probabilidades de riesgo médico. En este sentido, la gran variedad de planes se debe en parte a la mezcla público-privada vigente.

III

Cobertura y financiamiento del sistema de salud

En 1997 el subsector público de salud representaba aproximadamente el 2.7% del PIB, mientras que el subsistema de Isapres alcanzaba al 1.7%⁶ (cuadro 1). En términos de cobertura poblacional, en ese mismo año aproximadamente un 64% de la población era beneficiaria del Fonasa y un 26% estaba afiliada a las Isapres.⁷

En el financiamiento del subsector público de salud, la importancia relativa del aporte fiscal ha ido creciendo en los últimos años, llegando a constituir en 1997 el 50% de los ingresos del Fonasa. Como proporción del PIB, dicho aporte prácticamente se duplicó a partir del primer gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia, pasando de 0.7% en 1989 a 1.3% en 1997 (cuadro 1).

Las cotizaciones previsionales para salud son la segunda fuente de financiamiento del subsector público. Si bien el peso relativo de ellas ha disminuido levemente en los años noventa, en 1997 representaron el 32% de los ingresos, lo que sumado al aporte fiscal significa cerca del 82% de los flujos de financiamiento. El 18% restante corresponde a los copagos que efectúan los beneficiarios del Fonasa y a la captación de otros ingresos.

En el sistema de Isapres la principal fuente de financiamiento son las cotizaciones previsionales, las que en promedio aportaron el 93% entre 1990 y 1997. El resto se explica fundamentalmente por la venta de planes voluntarios y complementarios a los que se adquieren con la cotización previsional, que en promedio originaron aproximadamente el 4% de los ingresos en 1990-1997. El aporte fiscal refleja los subsidios que reciben los beneficiarios de las Isapres, entre los que destaca el llamado "subsidio del 2% adicional".⁸

⁶ En la medida en que esta cifra no incluye los copagos efectuados en el sector privado, subestima el gasto global en salud. Diferentes estimaciones sitúan el gasto total en salud entre 5 y 6 puntos del PIB.

⁷ Los cálculos de cobertura se basan en los cotizantes contabilizados bajo la Ley 18.469, lo que en 1997 implicaba unas 9 382 000 personas beneficiarias del sistema público y unas 3 882 000 en el sistema de Isapres, lo que equivale al 90% de la población. El 10% restante incluye personas adscritas a sistemas de seguros de menor cobertura, como los de las Fuerzas Armadas y Carabineros, y personas que no cuentan con seguros de salud.

⁸ Entre los subsidios que se otorgan a las personas adscritas al sistema de Isapres se encuentra el 2% adicional creado en 1986. Este

A pesar de los esfuerzos realizados por el subsector público —el gasto público prácticamente se duplicó en términos reales entre 1990 y 1997— en el gasto por beneficiario la diferencia con el subsector privado sigue siendo importante. En 1989 el gasto por beneficiario del sistema de Isapres era tres veces mayor que el del Fonasa, diferencia que se redujo a 1.5 veces en 1997.

Los niveles de contribución también presentan marcadas diferencias entre el subsector público y el privado. En 1989 la cotización media en las Isapres era siete veces mayor que en el Fonasa. En 1997 esta diferencia era de cuatro veces.

Si se examina la distribución de la población entre el subsector público y el privado según ingresos (cuadro 2) se observa que en los primeros cuatro quintiles de la distribución de ingresos la mayoría de las personas está afiliada al sistema público. Sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor participación en el sistema de Isapres. Esta tendencia se ha mantenido a lo largo de los años noventa.

En la distribución por edades (cuadro 3) se aprecia que a medida que se avanza en los tramos de edades, las personas tienden a concentrarse mayoritariamente en el Fonasa. Aun en el segmento del 20% más rico de la población, a partir de los cincuenta años la mayoría de los afiliados se encuentra en él.

A medida que las personas de mayor edad significan mayores riesgos médicos, la lógica de los seguros privados tenderá a hacer que las compañías de seguros discriminen contra este tipo de asegurados, ya sea a través de los precios o reduciendo los niveles de cobertura. Este fenómeno se conoce en la literatura económica como discriminación de riesgos (*cream skimming*). La discriminación de riesgos no sólo se da ante las personas de la tercera edad sino también ante cualquiera que presente mayores probabilidades de enfermedad (como las personas de edad más avanza-

es un subsidio que no puede superar el 2% del ingreso imponible y se otorga como un complemento a las personas de bajos ingresos cuya contribución de 7% no les alcanza para adquirir un seguro privado. Cabe señalar que este subsidio está siendo ampliamente cuestionado y actualmente se debate su eliminación.

CUADRO 1

Chile: Financiamiento y cobertura de los sistemas de salud, 1984, 1986 y 1988-1997

	1984		1986		1988		1989		1990		1991	
	Isapres	Fonasa										
Fuentes de financiamiento												
(% del PIB)	0.4	2.9	0.7	2.4	0.9	2.1	1.2	2.1	1.4	2.1	1.5	2.2
Aporte fiscal	...	1.2	...	0.9	...	0.8	...	0.7	-	0.8	-	0.9
Cotizaciones	0.4	0.9	0.6	0.9	0.9	0.8	1.1	0.9	1.3	0.9	1.4	0.9
Copago	...	0.4	...	0.3	...	0.2	...	0.2	...	0.2	...	0.2
Otros ingresos	...	0.3	-	0.3	-	0.3	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.3
Fuentes de financiamiento												
(% del total)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Aporte fiscal	...	42.6	...	38.0	...	37.1	...	33.6	3.2	37.8	3.1	41.8
Cotizaciones	100.0	33.0	94.4	36.3	98.7	37.2	94.9	43.1	91.2	42.9	91.6	39.0
Copago	...	12.4	...	12.5	...	10.3	...	8.9	...	8.1	...	7.2
Otros ingresos	...	12.0	5.6	13.2	1.3	15.5	5.1	14.5	5.6	11.2	5.2	12.0
Fuentes de financiamiento												
(1990=100)	18	87	35	83	58	94	84	99	100	100	115	112
Aporte fiscal	...	99	...	84	...	92	...	88	100	100	113	124
Cotizaciones	18	67	36	70	63	81	87	99	100	100	116	102
Copago	...	134	...	129	...	120	...	108	...	100	...	99
Otros ingresos	-	93	34	97	12	128	73	125	100	100	108	120
Gasto medio por beneficiario												
(\$ de 1997/beneficiario)	134 142	37 868	102 104	36 714	118 058	40 882	128 617	43 193	129 115	44 217	123 139	506 33
Cotización media												
(\$ de 1997/cotizante)	356 156	25 762	276 874	28 129	286 759	34 273	319 003	43 111	309 711	45 144	288 455	48 480
Beneficiarios (% de la población total)	3.1	83.4	7.5	79.0	11.4	77.6	13.5	76.0	16.0	73.9	19.2	71.2
	1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	Isapres	Fonasa										
Fuentes de financiamiento												
(% del PIB)	1.6	2.4	1.8	2.6	1.8	2.7	1.8	2.5	1.8	2.7	1.7	2.7
Aporte fiscal	0.1	1.1	0.1	1.2	0.1	1.2	0.1	1.2	0.1	1.3	-	1.3
Cotizaciones	1.5	0.9	1.6	1.2	1.7	1.2	1.7	1.2	1.7	1.3	1.6	0.9
Copago	...	0.2	...	0.2	...	0.2	...	0.2	...	0.2	...	0.2
Otros ingresos	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.4	-	0.3	-	0.4	-	0.3
Fuentes de financiamiento												
(% del total)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Aporte fiscal	3.3	43.8	4.7	45.7	4.6	46.8	4.5	48.0	3.8	48.7	2.6	49.4
Cotizaciones	91.9	35.7	90.6	34.2	91.9	32.4	93.6	31.8	93.9	31.6	95.3	31.6
Copago	...	6.9	...	6.9	...	6.5	...	6.6	...	6.6	...	6.7
Otros ingresos	4.8	13.6	4.7	13.3	3.5	14.3	1.9	13.6	2.3	13.1	2.1	12.3
Fuentes de financiamiento												
(1990=100)	133	131	154	147	167	162	184	173	196	187	197	202
Aporte fiscal	138	153	228	179	243	202	258	221	233	243	160	265
Cotizaciones	134	109	153	118	169	123	189	129	203	138	206	149
Copago	...	111	...	125	...	132	...	142	...	153	...	168
Otros ingresos	113	158	119	169	95	202	62	209	76	216	71	220
Gasto medio por beneficiario												
(\$ de 1997/beneficiario)	122 338	61 561	123 607	71 075	124 824	78 974	133 617	80 690	142 669	86 956	142 858	92 842
Cotización media												
(\$ de 1997/cotizante)	284 212	54 697	282 194	62 502	287 187	67 534	309 998	71 850	322 934	78 121	316 606	85 284
Beneficiarios (% de la población total)	22.1	67.5	24.8	64.8	26.2	63.3	26.5	65.1	26.4	64.5	26.5	64.1

Fuente: Superintendencia de ISAPRES, *Boletín estadístico*, varios números y FONASA, *Boletín estadístico*, varios números.

Chile: Distribución de la población según previsión e ingreso
(Porcentaje de cobertura)

CUADRO 2

	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3			Quintil 4			Quintil 5		
	Sist. pub.	Isapres	Resto ^a	Sist. pub.	Isapres	Resto									
1990	85.0	2.8	12.2	78.6	6.5	14.9	69.6	11.3	19.1	57.6	21.6	20.8	36.8	41.2	22.0
1992	83.3	4.9	11.9	74.5	11.8	13.8	64.4	17.5	18.1	50.8	28.6	20.6	29.1	47.4	23.5
1994	85.7	5.9	8.4	75.3	13.8	10.9	64.6	22.3	13.1	48.8	34.4	16.8	31.0	51.4	17.6
1996	84.2	5.4	10.4	71.2	14.6	14.2	59.5	23.3	17.3	44.3	35.2	20.5	26.5	55.2	18.3

Fuente: Encuesta CASEN de 1990, 1992, 1994, 1996.

^a Resto = Fuerzas Armadas, Particulares, Otros sistemas y No sabe.

Chile: Distribución de la población según previsión, edad e ingreso

CUADRO 3

Edad	Quintil 1			Quintil 2			Quintil 3			Quintil 4			Quintil 5			
	Sist. pub.	Isapres	FF.AA.	Resto												
00-20	85.4	5.5	0.4	69.9	16.6	3.8	54.4	28.0	4.8	36.6	42.7	5.5	15.2	19.1	66.1	2.6
21-50	81.8	6.1	0.4	67.6	16.4	3.1	54.4	26.6	3.5	37.9	40.4	4.5	17.2	21.8	60.1	2.5
51-64	87.3	2.9	0.4	81.8	6.0	1.5	72.4	12.1	2.6	59.6	20.3	7.2	13.0	37.1	39.8	6.3
65 y más	89.5	0.8	0.5	91.1	1.1	0.9	89.4	1.6	2.2	79.4	5.9	6.1	8.7	55.5	21.8	9.8
Total	84.2	5.4	0.4	71.2	14.6	3.1	59.5	23.3	3.7	44.3	35.2	5.3	15.2	26.5	55.2	3.8

Fuente: Encuesta CASEN 1996.

^a Resto = Particulares, Otros sistemas y No sabe.

da o los enfermos crónicos) y las personas de menores ingresos. Para los seguros privados este tipo de personas representa "malos riesgos". En este sentido, las Isapres, al actuar como agencias aseguradoras de riesgo en un mercado altamente desregulado, tienden a mostrar un comportamiento que favorece tal discriminación.

La existencia de un seguro solidario como el Fonasa que actúa como prestamista de última instancia, unido a la capacidad de las Isapres para discriminar riesgos, ha llevado a que en el modelo chileno el acceso a los servicios de salud esté determinado por

los niveles de ingreso y la probabilidad de enfermedad de las personas. En este contexto, el Fonasa tiende a concentrar a las personas de menores ingresos y de mayor riesgo médico, en tanto que las Isapres atraen a las personas de altos ingresos y bajo riesgo médico. Esta segmentación de la población que produce el funcionamiento de la estructura público-privada vigente en Chile tiene efectos adversos en la equidad del sistema, por cuanto los niveles de gasto per cápita y el promedio de atenciones por beneficiario difieren significativamente entre ambos subsectores (Larrañaga, 1997).

IV

El subsector público

Como ya se señaló más atrás, el gasto público en salud ha aumentado significativamente en los años noventa. Entre 1990 y 1997, en términos reales, el gasto se elevó en 100% y el aporte fiscal en 164%, pasando del 0.8% al 1.3% del PIB (cuadro 1).

A pesar de estas altas tasas de crecimiento del gasto, aún persisten severos déficits en la capacidad que tiene el sector público de brindar servicios de salud a la población. Por lo demás, la mayoría de los servicios pertenecientes al SNSS presentan problemas de financiamiento y de dotación de recursos.

La principal partida del gasto público en salud se destina al pago de remuneraciones, que en 1997 alcanzó al 40% del total (cuadro 4). Lamentablemente, bajo las normas vigentes los sueldos y salarios de los funcionarios públicos no están directamente ligados a criterios de productividad y desempeño, sino más bien a períodos de antigüedad, lo que significa que los aumentos de remuneraciones no necesariamente reflejan mejoras en los servicios de salud. El gasto de inversión, por su lado, pasó del 3.6% del gasto total en 1989 a 9% en 1994 y a 7% en 1997. Si bien este gasto es imprescindible, y dadas las condiciones de los servicios de salud del SNSS a finales de los ochenta resultó ineludible, tampoco todo el gasto que se realiza en infraestructura se traslada de manera automática a mejoras en los servicios.⁹

Uno de los principales objetivos de las reformas aplicadas en Chile ha sido el de mejorar la eficiencia y la gestión global de los recursos disponibles. Ante la escasez crónica de recursos financieros de que adolece el sector salud, una mejor asignación de los recursos es crucial para enfrentar las crecientes demandas.

En el subsector público se ha buscado hacer más eficiente la asignación de los recursos mediante políticas descentralizadoras y cambios en los mecanismos de pagos y de presupuestación de los hospitales y centros de atención primaria.

A los procesos de descentralización del SNSS y de la atención primaria iniciados en los años ochenta se sumó en 1994 la ley sobre el Estatuto del Personal de la Salud Municipalizada. Esta ley, junto con intentar mejorar la situación laboral de los trabajadores, buscaba establecer compromisos de gestión relativos a los niveles de cobertura de las acciones de salud, entre los servicios de salud y las municipalidades.

Tradicionalmente, las transferencias de recursos del Fonasa hacia los establecimientos públicos de salud (que cubren alrededor del 90% de las necesidades de financiamiento de estos establecimientos) se han realizado, por una parte, sobre la base de presupuestos históricos destinados principalmente a cubrir las necesidades salariales, y por otra, mediante un sistema de facturación por atención prestada (FAP) implementado en 1978, destinado a sufragar los gastos en bienes y servicios. Los recursos para inversión se asignan desde el nivel central con criterios discrecionales y poco transparentes (Lenz, 1995).

⁹ Cabe mencionar que las mejoras en la infraestructura y dotación tecnológica permiten elevar la calidad de las prestaciones, lo que influye en el promedio de días/cama y las posibilidades de brindar atención a ciertas patologías.

CUADRO 4

Chile: Gasto público en salud, 1980-1997
(Porcentaje del total)

Año	Remuneración	Bienes y servicios de consumo	Inversiones	Transferencias corrientes ^a	Prestaciones previsionales ^b	Otros gastos	Gasto total
1980	35.0	19.9	3.6	6.0	25.9	9.6	100.0
1981	35.8	18.2	2.6	6.7	28.9	7.8	100.0
1982	34.3	20.3	2.3	8.0	29.7	5.4	100.0
1983	34.2	22.3	0.8	6.2	28.0	8.5	100.0
1984	35.0	22.6	1.7	8.2	25.9	6.6	100.0
1985	35.4	23.0	2.3	7.2	26.3	5.9	100.0
1986	35.8	22.6	1.6	6.7	25.9	7.4	100.0
1987	36.1	25.3	2.1	9.3	20.1	7.1	100.0
1988	34.6	27.5	3.0	6.6	21.3	7.1	100.0
1989	33.3	26.0	3.5	12.3	19.0	5.8	100.0
1990	32.1	26.7	2.6	12.1	17.5	9.0	100.0
1991	33.4	28.0	2.9	12.2	16.4	7.1	100.0
1992	33.5	26.2	9.4	11.4	15.5	4.0	100.0
1993	37.0	24.5	8.0	10.6	15.0	4.8	100.0
1994	37.7	24.1	8.8	9.2	14.5	5.7	100.0
1995	39.2	25.2	8.0	9.3	14.7	3.5	100.0
1996	39.3	25.6	7.4	9.5	15.1	3.1	100.0
1997	39.9	24.9	6.5	8.9	15.6	4.3	100.0

Fuente: Departamento de Comercialización, FONASA.

^a Transferencias corrientes = Programa Nacional de Alimentación Complementaria + Fondo Unico de Prestaciones Familiares.

^b Prestaciones previsionales = Subsidios + medicina curativa + indemnizaciones.

Esta forma de distribuir los recursos tiende a alentar importantes ineficiencias en la asignación y gestión del gasto. En la medida en que la inercia presupuestaria premia un mayor gasto y castiga el ahorro (mediante futuros recortes presupuestarios), los incentivos para aumentar gastos con independencia de su calidad y pertinencia, se acrecientan. El sistema de pagos y presupuestación tiene incidencia en la calidad y costos de los servicios.

De la experiencia internacional se desprende que hay un creciente consenso respecto a las desventajas de los pagos retrospectivos.¹⁰ La mayoría de los países han intentado avanzar hacia fórmulas de asignación de recursos vinculadas a criterios de eficiencia y eficacia en el desempeño. Dentro de estos mecanismos destacan los pagos capitados, pagos por episodio o pago por diagnóstico relacionado (Lenz y Muñoz, 1995).

En el caso chileno los cambios en los mecanismos de transferencia de recursos financieros han seguido esta lógica. En los establecimientos pertenecientes al SNSS se ha modificado el sistema FAP con la introducción de sistemas de pago prospectivos o pagos

asociados a resultados. Actualmente se está experimentando con pagos asociados a diagnósticos (PAD) y pagos prospectivos por prestaciones (PPP).

El PAD se aplica en establecimientos de atención secundaria y terciaria en alrededor de 17 de los 27 servicios pertenecientes al SNSS. Este sistema implica pagar un valor predeterminado por diagnóstico y actualmente incluye un conjunto de 26 prestaciones que suelen darse con mayor frecuencia. Para aquellas prestaciones que no tienen un valor preestablecido o PAD se utiliza el criterio PPP de atención efectivamente realizada. Esto incluye prestaciones de menor frecuencia y aquellos casos en que un diagnóstico de ingreso deriva en otros tipos de prestaciones.

A pesar de los esfuerzos por incorporar mecanismos como el PAD y el PPP, los sistemas de asignación de los recursos públicos siguen funcionando con una lógica burocrática y alto grado de rigidez. Esto se debe principalmente a que entre 70 y 80% de los recursos aún se asignan en función de presupuestos históricos y se destinan sobre todo a financiar sueldos y salarios en contextos laborales poco flexibles.

Para el financiamiento de la atención primaria se ha propuesto reemplazar la facturación de atenciones prestadas en municipalidades (FAPEM) por un mecanismo de pagos per cápita.

¹⁰ Entre los pagos retrospectivos se encuentran los pagos por servicios, presupuestos históricos, pago por día.

El FAPEM vigente desde 1981 funciona de manera similar al FAP. Los pagos se realizan sobre la base de un listado de prestaciones de la salud municipalizada. Dados los volúmenes de facturación que generaban los municipios, se instauró un tope máximo para los montos de la FAPEM, por regiones. El tope regional queda a disposición de cada intendente regional, quien está facultado para definir topes por comuna para las municipalidades bajo su jurisdicción (Lenz, 1995).

V

El subsector privado

Desde su creación en 1981 la cobertura poblacional del sistema de Isapres ha mostrado una alta tasa de crecimiento. A partir de 1994 se estabilizó en torno a un 26% de la población, y en 1997 captó el 64% de las cotizaciones previsionales en salud, equivalentes a 1.3% del PIB (cuadro 1).¹¹

A pesar de que las Isapres han buscado expandir el universo de beneficiarios hacia sectores de ingresos medios, los afiliados tienden a concentrarse en los niveles más altos de la distribución de ingresos (cuadro 2). Sin perjuicio de lo anterior, en promedio la renta imponible real en las Isapres abiertas cayó en 31% entre 1984 y 1997, pasando de 442 605 pesos a 305 061 pesos de diciembre de 1997 (cuadro 5).

Ya se dijo más atrás que las Isapres actúan como compañías de seguros de riesgo individual. A diferencia del Fonasa, las reglas de contribución o compras de seguros de estas instituciones no incluyen mecanismos de solidaridad en materia de financiamiento.¹²

Lo anterior refleja el hecho de que la equidad no es uno de los objetivos del sistema de Isapres. Los argumentos que se esgrimieron para crear las Isapres descansaban en la búsqueda de eficiencia. Se aducía que la introducción de mecanismos de mercado tanto para la provisión de servicios como para el financiamiento, que facilitarían y estimularían la capacidad de elección por parte del usuario, elevaría la eficiencia en la asig-

Actualmente se ha planteado sustituir el FAPEM por un sistema basado en pagos capitados prospectivos. La transferencia de recursos por beneficiario sería función de la condición urbana o rural del municipio y de los niveles de pobreza. Este esquema, que actualmente funciona en 310 comunas, permite vincular más nítidamente la transferencia de recursos financieros con el volumen de atenciones y las condiciones socioeconómicas de la municipalidad, lo que tendría repercusiones positivas sobre la equidad.

nación de recursos en el subsector privado, quedando en manos del subsector público los desafíos de equidad y solidaridad.

La experiencia internacional, al igual que la chilena, muestra que las imperfecciones que se observan en el mercado de la salud hacen que las ganancias de eficiencia no estén aseguradas por el libre juego de la oferta y la demanda.¹³

Elementos centrales en el problema de la eficiencia (y por supuesto en el de la equidad) son los incentivos a la selección de riesgos que se producen en los mercados de seguros. Si las utilidades de las agencias aseguradoras están altamente correlacionadas con la discriminación de riesgos, es poco probable que éstas tengan alicientes para promover importantes ganancias de eficiencia. Por el contrario, más bien se verán más estimuladas a evitar la afiliación de personas de alto riesgo que a promover mejoras en la gestión de los recursos.

En el caso chileno, la estructura público-privada existente, unida a un mercado altamente desregulado, han incentivado y permitido la discriminación de riesgos y la presencia de importantes subsidios cruzados, como se verá más adelante.

Otro problema asociado a los mercados de seguros individuales es el de los altos costos de administración y ventas. Estos últimos se originan por la necesidad de competir por los asegurados en un merca-

¹¹ En 1998, por primera vez desde su creación, la tasa de crecimiento de la cartera de las Isapres fue negativa: en junio de ese año los beneficiarios del sistema cayeron en 0.6% respecto a igual período del año anterior.

¹² Sí se da en ellas la solidaridad típica de los mecanismos de agregación de riesgos, esto es, de los sanos hacia los enfermos.

¹³ Entre las fallas de mercado se destacan las asimetrías de información entre proveedores y usuarios, los problemas de riesgo moral, la selección adversa y la discriminación de riesgos. Los seguros públicos, en cambio, tienen problemas de polizones (*free riders*).

CUADRO 5

Chile: Evolución de la renta imponible real media en las Isapres, 1984-1997
(Pesos de diciembre de 1997)

Isapres	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Abiertas	442 605	336 392	341 911	305 990	319 764	311 725	300 593	287 043	281 768	275 126	272 804	294 247	308 504	305 061
Cerradas	495 240	431 760	502 865	456 471	455 990	475 954	476 640	486 070	501 854	507 368	505 150	514 123	534 654	519 334
Total del sistema	452 418	350 142	364 365	321 788	332 755	326 208	314 807	300 545	294 298	286 254	282 442	302 608	317 060	312 782

Fuente: Superintendencia de Isapres, *Boletín estadístico*, varios años.

CUADRO 6

Estructura de gasto en salud de las Isapres, 1984-1997
(Millones de pesos de cada año)

Sistema de Isapres	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Costos de explotación	4 710	8 092	16 023	27 686	42 181	66 329	98 902	142 206	192 272	247 737	297 947	353 219	414 332	449 168
Bonificaciones	3 077	5 177	10 914	19 362	30 551	46 759	69 790	102 812	142 784	187 708	224 614	267 326	311 399	...
Prestaciones directas	210	691	1 138	2 059	1 426	1 897	2 423	4 167	5 773	6 624	6 793	6 746	7 359	...
Examen preventivo	34	71	260	92	118	127	415	359	491	591	753	1 017	1 082	...
Total prestaciones	3 321	5 939	12 312	21 513	32 095	48 784	72 628	107 338	149 048	194 924	232 160	275 089	319 840	...
Subsidios incapacidad laboral	1 099	1 467	3 190	5 473	8 764	15 138	22 076	31 777	39 144	47 927	58 563	68 715	82 975	92 868
Otros costos	290	686	521	700	1 322	2 408	4 199	3 091	4 081	4 886	7 223	9 415	11 517	13 354
Gastos de administración y ventas	2 394	2 916	5 277	8 262	11 115	15 959	26 089	34 495	44 622	60 888	73 479	88 127	98 276	105 490
Publicidad	158	139	280	270	357	579	939	1 276	1 659	1 958	2 376	2 601	3 184	3 068
Remuneraciones	944	937	1 965	3 047	4 669	6 020	9 843	13 010	16 779	23 609	29 117	33 739	36 805	38 894
Comisiones por ventas	470	576	984	1 695	1 844	3 354	5 105	6 522	7 748	10 808	13 835	17 791	22 175	27 334
Otros gastos	822	1 264	2 047	3 250	4 245	6 006	10 202	13 687	18 436	24 513	28 169	33 996	36 111	36 194
Gasto total	7 104	11 008	21 300	35 948	53 296	82 288	124 991	176 701	236 895	308 625	371 444	4 413 462	5 126 608	554 658
Costos de explotación (% del gasto total)	66.3	73.5	75.2	77.0	79.1	80.6	79.1	80.5	81.2	80.3	80.2	80.0	80.8	81.0
Gtos. de adm. y ventas (% del gasto total)		26.5	24.8	23.0	20.9	19.4	20.9	19.5	18.8	19.7	19.8	20.0	19.2	19.0

Fuente: Superintendencia de Isapres, *Boletín estadístico*, varios números.

do de productos altamente homogéneos de difícil diferenciación. En Chile, la proporción de gastos de administración y ventas, si bien ha mostrado una tendencia a la baja, sigue siendo alta. En los últimos años, los gastos en administración y ventas se han estabilizado alrededor del 20% del gasto total (cuadro 6).

Para introducir una mayor regulación y fiscalización en el sistema de Isapres, se creó en 1990 la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. Esta institución debe velar por el cumplimiento de las normas que rigen los contratos de salud entre las Isapres y los usuarios reglamentados por la Ley 18 933. Además, esta ley establece procedimientos de arbitraje para el tratamiento y resolución de los desacuerdos que surjan entre las Isapres y los cotizantes y/o beneficiarios.

En 1995 se hicieron modificaciones a esta norma legal mediante la Ley 19 381, orientadas principalmen-

te a mejorar la capacidad reguladora de la Superintendencia y a la vez a establecer una mayor protección para los usuarios. Entre otras cosas, con las modificaciones contempladas se regula y normaliza la información que deben proveer las Isapres y la Superintendencia a los usuarios; se regula el sistema de precios para la tercera edad; se regulan también tanto las exclusiones en los contratos, estableciendo normas respecto de las enfermedades preexistentes, como el manejo de los excedentes de las cotizaciones mediante cuentas de ahorro individuales pertenecientes a los trabajadores; y se establece un listado referencial de prestaciones basado en las del Fonasa (Celedón, y Oyarzo, 1998). En 1997 se creó la denominada cartilla, instrumento que busca facilitar la comparación entre distintos planes de salud.

En general, todas estas medidas han estado dirigidas a lograr mayor transparencia en los planes de se-

guros ofrecidos por el sistema de Isapres, pero no resuelven el problema de la discriminación de riesgos.

5. Consideraciones fiscales

Una motivación importante de las reformas del sector salud son las consideraciones de carácter fiscal. La incorporación del sector privado no sólo pretende mejorar la eficiencia en la gestión de la salud, sino además permitir un traspaso de los gastos que tradicionalmente realiza el subsector público de salud hacia el subsector privado. Se espera que el subsector privado sea capaz de financiar y brindar servicios de salud para parte de la población que históricamente ha dependido de la seguridad social y del subsector público.

Para que lo anterior ocurra, las reformas deben ser capaces de desplazar no sólo el financiamiento, sino también la demanda de servicios de salud hacia proveedores privados. De lo contrario, el Estado se vería enfrentado a los mismos gastos en salud pero con menores niveles de ingresos. La posibilidad de efectuar traspasos significativos de demanda desde el subsector público hacia el privado se ve limitada por la interacción de dos factores: i) los bajos ingresos que caracterizan a una parte importante de la población, lo que contrasta con la tendencia alcista de los costos y la complejidad de la atención en salud, y ii) la práctica de la discriminación de riesgos.

Los diseños del sistema mixto público-privado de atención de salud que no desplazan la demanda hacia el subsector privado fuerzan al subsector público a incurrir en importantes gastos, al tener que cubrir a la población de mayores riesgos y menores ingresos, en

tanto que, debido a las reformas, buena parte de los recursos captados a través de las cotizaciones para la seguridad social en salud tienden a canalizarse hacia el subsector privado.

La reforma chilena iniciada a principios de los años ochenta permite extraer útiles enseñanzas sobre este efecto de la combinación público-privado. Luego de la reforma, se observa que los recursos financieros que reciben el subsector público y el privado son similares. Sin embargo, el subsector privado sólo cubre alrededor del 26% de la población, mientras que el público se responsabiliza por el 60% de ella, haciéndose cargo además de una población caracterizada por mayores riesgos de enfermedad y menores ingresos, de modo que no ha visto disminuida la demanda de servicios de salud, pero sí los recursos financieros provenientes de las cotizaciones previsionales correspondientes.

La desigual distribución de la cartera de riesgo entre el subsector privado y el subsector público como consecuencia de una inadecuada mezcla público-privada no es la única fuente de presiones sobre el presupuesto público. Un mal diseño del marco institucional y regulatorio puede dar pie a problemas de subsidios cruzados, los que surgen cuando los beneficiarios del subsector privado hacen uso de consultorios y hospitales públicos, sin que éste pague al subsector público el total de las atenciones prestadas. En Chile, el subsidio cruzado se ha estimado en un monto aproximado de 15 mil millones de pesos anuales, cifra cercana a un 4% del gasto público en salud y al 2.7% del gasto total de las Isapres.

VI

Desafíos de las reformas

Las experiencias de reforma que se observan en el contexto internacional y regional responden a particularidades propias de las realidades en las que tienen lugar. Sin embargo, existen elementos comunes que definen sus orientaciones: i) la separación de las funciones de financiamiento y de provisión de servicios; ii) el incremento de la capacidad de los usuarios para elegir proveedores y, en algunos casos, aseguradores; iii) la promoción de la competencia entre proveedores y entre aseguradores, y iv) el fortalecimiento de los mecanismos de regulación y supervisión.

Si bien las reformas que se han aplicado en Chile incorporan varios de estos elementos, el sistema mixto de salud que surgió de las reformas presenta serios problemas de eficiencia y equidad. La combinación público-privada tiende a producir importantes inequidades en el acceso a los servicios y en la calidad de éstos, así como problemas de eficiencia y de gestión de los recursos tanto a nivel público como privado.

Uno de los principales desafíos que enfrenta el sistema chileno es el de transformar la combinación público-privada vigente, para lo cual es preciso rees-

estructurar los esquemas de financiamiento y los de provisión de los servicios de salud.

Por el lado del financiamiento, las principales tareas pendientes son la de introducir mecanismos de solidaridad en las reglas de contribución del sistema de seguros privados, y la de diseñar instrumentos que desalienten la discriminación de riesgos. Este comportamiento discriminatorio es estimulado por la coexistencia de seguros de riesgos con un seguro público solidario, y por la escasez de instrumentos regulatorios en el mercado de la salud chileno.

La necesidad de mantener la solidaridad en cuanto a financiamiento en esquemas que son competitivos ha sido una preocupación en muchos procesos de reforma a los sistemas de salud. En el contexto latinoamericano destaca la experiencia colombiana y en el europeo la de los Países Bajos. Ambas se enmarcan en esquemas organizativos denominados de competencia regulada o administrada (*managed competition*). Para el caso chileno hay algunas propuestas por estas líneas (Aedo, 1997; Larrañaga, 1997).

El desafío que se plantea es cómo conciliar la existencia de seguros de riesgo con mecanismos de solidaridad en materia de financiamiento. Esto es, cómo hacer que las cotizaciones previsionales para salud que pagan las personas no estén determinadas por sus riesgos médicos, siendo que los ingresos que perciben las compañías aseguradoras están ajustados según la cartera de riesgos que éstas manejan, con miras a reducir así el incentivo para concentrarse en la población de bajos riesgos.

En general, los sistemas de salud inspirados en esquemas de competencia regulada tienden a organizarse en torno a la creación de un fondo de solidaridad encargado de distribuir subsidios que compensen los diferentes riesgos individuales, de modo que cada individuo contribuya en función de su ingreso y la compañía aseguradora reciba pagos en función de su cartera de riesgos. El fondo de solidaridad es el organismo encargado de compensar a las agencias aseguradoras por las diferencias que puedan existir en sus carteras de riesgos.

Junto con establecer un fondo de solidaridad es necesario introducir instrumentos como los seguros de salud mandatorios, la definición de paquetes básicos de salud, la regulación de los precios de las primas y, en general, una sólida supervisión y regulación por la autoridad. El objetivo de un paquete básico o integrado no es reducir los niveles de cobertura de las personas, sino asegurar un nivel de cobertura de servicios de salud igual para todos, con independencia de sus con-

tribuciones; además, es útil para dar homogeneidad a los planes de seguros y ayuda a determinar el conjunto de precios de las prestaciones.¹⁴

Estos instrumentos deben enmarcarse en un esquema de regulación que promueva la competencia. No son instancias regulatorias diseñadas para evitar la competencia; lo que buscan es superar las fallas de mercado propias de un contexto competitivo.

El diseño de mecanismos que teóricamente permiten lidiar con el problema de selección de riesgos no garantiza que su puesta en práctica pueda controlar este fenómeno; la falta de desarrollo institucional en mercados de salud imperfectos lo hacen difícil de enfrentar.¹⁵

En la provisión de servicios de salud, la configuración público-privada también genera problemas de ineficiencia y mala gestión de los recursos. En primer lugar, la escasa interacción de los proveedores públicos y privados ha significado ineficiencias en la asignación global de los recursos. Segundo, a pesar de los esfuerzos por mejorar los mecanismos de asignación al interior del subsector público, éste mantiene una estructura burocrática con fuertes rigideces en el manejo de las transferencias financieras hacia los servicios pertenecientes al SNS, lo que se traduce en pocos incentivos para mejorar la eficiencia y eficacia del gasto.

La experiencia internacional muestra que, dadas las asimetrías de información y las dificultades que tienen los usuarios para procesar la información necesaria para escoger proveedores, están surgiendo modalidades que restringen la libre elección de prestadores. Estas funcionan sobre la base del médico de familia (*gatekeeper*), que hace un primer diagnóstico y luego deriva a los pacientes hacia servicios más especializados. Para evitar problemas de colusión entre los médicos de familia y los proveedores de esos servicios debe haber un alto grado de competencia entre tales médicos.

¹⁴ Esto independientemente de que las personas puedan adquirir mayores coberturas, ya sea de prestaciones o de hotelería, mediante la compra de planes de seguros voluntarios.

¹⁵ Después de la reforma del sistema de seguros de salud en los Países Bajos, la dificultad de implementar los pagos ajustados por riesgos ha hecho que las agencias aseguradoras sólo se responsabilicen de un 3% de las diferencias entre sus costos reales y los costos que se utilizan para definir los pagos capitados ajustados por riesgos. El 97% restante es reembolsado retrospectivamente por el fondo de solidaridad mediante un sistema de compensación de pérdidas.

VII

Conclusiones

La reforma iniciada a principios de los años ochenta en Chile ha modificado significativamente la estructura del sector salud, combinando instancias públicas y privadas para su financiamiento y provisión.

Entre los principales temas que es preciso abordar se encuentran, por una parte, la necesidad de crear mecanismos de solidaridad en materia de financiamiento en el contexto de los seguros privados, y por otra, la de evitar la discriminación de riesgos que se da en el sistema de Isapres. Esto último, si bien es un problema propio de los seguros de riesgos, tiende a verse alentado por el diseño de la configuración público-privada existente.

Los efectos sobre la equidad derivados de la aplicación de seguros en el mercado de la salud dependen más de la naturaleza de la contribución y de las reglas que la rigen así como del grado de desregulación del mercado, que del carácter público o privado de estos seguros.

En este sentido, existen en el ámbito internacional y regional experiencias de lo que se ha denominado competencia regulada o administrada, que buscan introducir, a diferencia del modelo chileno, seguros privados con elementos solidarios de financiamiento en esquemas que eviten la discriminación de riesgos.

Sin perjuicio de lo anterior, un objetivo de corto plazo del sistema chileno es el de fortalecer la capacidad de la Superintendencia de Isapres para desarrollar instrumentos de regulación prudencial en el mercado de seguros privados. Estos instrumentos permitirían racionalizar la oferta de seguros médicos, dado que la actual diversidad genera muchos problemas de eficiencia. También se cuestionan los altos niveles de gasto en administración y ventas que muestra el sistema de Isapres. Si bien estos han tendido a reducirse, aún se consideran relativamente altos.

En la provisión de servicios de salud, al no permitirse una relación fluida y transparente entre las entidades prestatarias —públicas y privadas—, se ha segmentado el mercado de proveedores, generando incen-

tivos incorrectos para el desarrollo de las instituciones prestadoras.

Esta segmentación productiva ha dado origen a subsidios cruzados que se originan en las prestaciones que brinda el sector público a los beneficiarios del sistema de Isapres y que no son financieramente retribuidas. Debido al alto costo público que tiene este tipo de subsidios, es necesario eliminarlo para lograr un sistema de seguros y prestaciones eficiente. Cabe señalar que los esfuerzos realizados por el Fonasa para mejorar sus bases de datos han permitido ir enfrentando este problema, a medida que los servicios públicos acrecientan su capacidad de cobrar a los usuarios afiliados al sistema de Isapres.

En el subsector público de salud se han efectuado reformas con miras a que los recursos se asignen sobre la base de resultados y desempeños, los llamados PAD y PPP. Sin embargo, estas experiencias son aún muy recientes y cubren un porcentaje pequeño de los recursos públicos, ya que cerca del 70% de la asignación presupuestaria está destinada al pago de sueldos y salarios. Uno de los desafíos pendientes es dotar al SNSS de mayor flexibilidad laboral, y de una escala de remuneraciones que responda a consideraciones de productividad.

Además, es importante fortalecer la capacidad del Fonasa en sus funciones como ente fiscalizador de los usuarios del sistema público, en su gestión captadora y asignadora de recursos y en su papel de seguro de salud.

Por último, para efectuar las reformas en los sistemas de salud es crucial contar con el consenso político necesario. En el caso chileno, independientemente de los diagnósticos que se hagan sobre la dinámica del sector salud, no se ha logrado establecer un consenso político que permita impulsar las reformas sustantivas que el sistema requiere. Dada la complejidad técnica y valórica del sector, tal consenso es importante no sólo para iniciar procesos de reforma sino para asegurar su permanencia en el tiempo.

Bibliografía

- Aedo, C. (1997): *La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile*, Serie financiamiento del desarrollo, N° 50, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bitrán, R. y F. Almarza (1997): *Las instituciones de salud previsual (ISAPRES) en Chile*, Serie financiamiento del desarrollo, N° 56, Santiago de Chile, CEPAL.
- Celedón, C. y C. Oyarzo (1998): Los desafíos en la salud, en R. Cortázar y J. Vial (eds.), *Construyendo opciones: propuestas económicas y sociales para el cambio de siglo*, Santiago de Chile, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (CIEPLAN)/ Dolmen Ediciones.
- Colegio Médico de Chile, A.G. (1998): *Política de salud para Chile: nuestra visión*, Santiago de Chile, febrero.
- Corporación Tiempo 2000 (1999): *Informe de la salud*, año 1, N° 1, Santiago de Chile, febrero.
- Fonasa (Fondo Nacional de Salud) (varios números): *Boletín estadístico*, Santiago de Chile.
- Jaramillo, I., C. Molina y A. Salas (1996): *Las reformas sociales en acción: salud*, Serie políticas sociales, N° 15, Santiago de Chile, CEPAL.
- Larrañaga, O. (1997): *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*, Serie financiamiento del desarrollo, N° 49, Santiago de Chile, CEPAL.
- Lenz, R. (1995): Pago por diagnóstico: breve reseña, *Cuadernos de economía*, año 32, N° 95, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía, abril.
- Lenz, R. y R. Muñoz (1995): *Reformas financieras en el sector público de salud: Mecanismos de asignación de recursos*, serie Documentos de trabajo, FONASA, Santiago de Chile, agosto.
- Musgrove, P. (1995): Reformas al sector salud en Chile. Contexto, lógica y posibles caminos, J. Giaconi(ed.), *La salud en el siglo XXI: cambios necesarios*, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos (CEP).
- Oyarzo, C. y S. Galleguillos (1995): Reforma al sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud, *Cuadernos de economía*, año 32, N° 95. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía, abril.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1998): La protección frente a las amenazas: salud y previsión, *Desarrollo humano en Chile 1998: las paradojas de la modernización*, Santiago de Chile.
- Superintendencia de ISAPRES (Instituciones de Salud Previsual) (varios números): *Boletín estadístico*, Santiago de Chile.